

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HAGA		B	1303370413		1303370413					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
PONCE		LOOR		FLOOR		AMERICA	F	13/07/1960	65	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0962605629					X								
PROVINCIA					CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO					
MANABI					JUNIN	JUNIN		☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

CUADRO CLINICO

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CISTOCELE GRADO DOS, ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA, HIPOTIROIDISMO. PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA DE LARGA DATA, QUE SE HA EXACERBADO EN LOS ULTIMOS MESES. AL EXAMEN VAGINAL SE EVIDENCIA PROLAPSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR SIN ULCERACIONES NI SIGNOS DE IRRITACION. CONTINENCIA URINARIA ADECUADA PERO REFIERE AUMENTO DE LA SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINAL EN LOS ULTIMOS MESES. DEBIDO AL TIEMPO DE ESPERA PARA RESOLUCION QUIRURGICA, CONSIDERANDO QUE ESTA UNIDAD NO CUENTA CON ANESTESIOLOGO, PACIENTE SOLICITA SER REFERIDA A OTRO HOSPITAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
VALORACION CARDIOLOGICA REPORTA EKG DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.			

E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO										CIE	PRE	DEF		
1.	CISTOCELE										N81.1		X	4.
2.														5.
3.														6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
15/01/2024 13:00		MAURICIO	VELASQUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
1312163874			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN												
REFERENCIA JUSTIFICADA						SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA						

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO													
PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO										CIE	PRE	DEF	
1.													4.
2.													5.
3.													6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		